# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR LOUIS MENCIÈRE

ANCIEN INTERNE DU SERVICE DE CLINIQUE CHIRURGICALE
DE M. LE PROF. DEMONS

PARIS
IMPRIMERIE JEAN GAINCHE
15, rue de Verneuil, 15.

—

1898

# TITRES SCIENTIFIQUES :

Externe des Hôpitaux
classé premier au concours de 1892.

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux
(Concours de 1893)

Ancien Interne du service de clinique chirurgicale
de M. le Professeur Demons

Docteur en Médecine

Lauréat de la Faculté de Bordeaux.

Un prix de thèse (Concours de 1896).

Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie
Normales et Pathologiques

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES :

I. — Présentations a la Société d'Anatomie et de Physiologie normales et pathologiques.

II. — Travaux originaux.

---

## I. — PRESENTATIONS A LA SOCIÉTÉ D'ANATOMIE

**1. — Fracture de l'os iliaque (cavité cotyloïde).** Pièce déposée au Musée de la Faculté de Médecine. *Bull. Soc. Anat. et Phys.* du 6 juillet, *Journal de Médecine de Bordeaux* du 26 juillet 1896.

Au mois de décembre 1895, entrait dans le service de M. le professeur Demons un homme accusant une forte douleur dans la région de la hanche droite.

Impotence fonctionnelle complète. Vaste ecchymose descendant jusqu'à la partie moyenne et interne de la cuisse droite ; pas de déplacement du membre inférieur gauche. On porte le diagnostic de contusion de la hanche.

Ce malade reste quinze jours à trois semaines dans le service ; les mouvements reviennent peu à peu et il lui est possible de reprendre son métier, fort pénible du reste, de manœuvre sur les quais.

Vers le 15 mai dernier, il est victime d'un accident qui occasionne sa mort. Il reçoit sur le dos un sac volumineux pesant 80 kilos (fracture de la colonne vertébrale) ; il est amené dans le service du professeur Lanelongue, où il meurt.

Nous faisons son autopsie et nous trouvons la pièce que nous présentons : enfoncement et fracture de la cavité cotyloïde.

On a rarement l'occasion de constater à l'autopsie cette fracture ; aussi nous a-t-elle paru digne d'être présentée à la Société.

**2. — Luxation en arrière du genou consécutive à une ostéomyélite du fémur.** *Bull. Soc. Anat. et Phys.* du 13 juillet 1896, *Journal de Médecine de Bordeaux* du 2 août 1896.

La luxation a été produite par des tentatives de redressement pour ramener le membre dans la rectitude.

Les condyles du fémur hypertrophiés, comme cela se rencontre parfois dans ces cas-là, forment une tumeur globuleuse.

**3. — Epithélioma de la muqueuse utérine.** *Bull. Soc. Anat. et Phys.* du 20 juillet 1896, *Journal de Médecine de Bordeaux* du 9 août 1896.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . . . Rien ne pouvait faire soupçonner l'existence de ce noyau épithélial que vous voyez à droite, siégeant au voisinage de l'ouverture de la trompe et par conséquent dans une des parties les plus reculées du corps de l'utérus.

Seul le cancer du col utérin avait été diagnostiqué.

Au premier abord, le chirurgien aurait pu se laisser entraîner à pratiquer seulement une hystérectomie partielle. Mais avec une amputation du col, la malade aurait eu sûrement une récidive, puisque ce noyau épithélial n'aurait pas été enlevé. Il y a donc lieu, dans ce cas, de faire une exploration complète, par exemple en dilatant le col . . . .

Comme vous le voyez, la muqueuse seule est prise, les parois de l'utérus ne sont pas envahies, mais elles sont œdématiées, volumineuses, et présentent au doigt cette sensation de mollesse que M. le professeur Demons a signalée dans les épithéliomas de la muqueuse utérine.

**4. — Epithélioma intra-canaliculaire du sein.** *Bull. Soc. Anat. et de Phys* du 20 juillet 1896, *Journal de Médecine de Bordeaux* du 9 août 1896.

Il s'agit d'une de ces tumeurs bien décrites par Coyne et Labbé (épithélioma endocanaliculaire).

Nous retrouvons l'évolution extrêmement lente de ces tumeurs, bien que leur nature épithéliale soit incontestable.

La malade, femme de quarante ans, voit depuis sept ans sourdre un liquide jaunâtre par le mamelon. Il n'y a jamais eu d'écoulement de sang. L'écoulement était assez abondant pour que la malade fût obligée de tenir constamment un mouchoir sur son sein.

**5. — Chéloïdes développées sur des cicatrices de pointes de feu.** *Bull. Soc. Anat. et Phys.* du 6 juillet 1896, *Journal de Médecine de Bordeaux* du 26 juillet 1896.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .
. . . . . On voit sur la ligne des apophyses épineuses, depuis la septième cervicale jusqu'au sacrum, une série de points papuleux, irrégulièrement circulaires, d'un demi-centimètre à un centimètre de diamètre, et qui, par leur coloration blanche, tranchent sur la peau avoisinante.

De chaque côté de la ligne médiane, on voit également une ligne saillante, blanche, s'étendant sur toute la longueur de la colonne vertébrale.

*Nous présentons cette malade à titre de curiosité, les cas de chéloïdes développées sur des cicatrices de pointes de feu étant, croyons-nous, assez rares.*

**6. — Gastro-entérostomie suivant le procédé de Postnikow.**
Description d'un procédé de gastro-entérostomie par sphacèle. (Procédé de Postnikow). — **Expériences sur le chien.** Présentation des pièces. Lecture de l'observation. *Bull. Soc. Anat. et Phys.* du 28 septembre 1896, *Journal de méd. de Bordeaux* du 11 octobre 1896.

## II. — TRAVAUX ORIGINAUX

**7. — De l'Antipyrine comme analgésique local.**

*a.* — Hydrocèle vaginale (ponction), anesthésie par l'antipyrine.

*b.* — Traitement personnel employé avec succès dans un cas d'amygdalite aiguë.

*Archives cliniques de Bordeaux*, août 1896.

**8. — Traitement et guérison sans douleur des papillomes vulvaires par l'emploi du collodion salicylé.**
*Tribune médicale*, Paris, 30 septembre 1896.

Il s'agit d'une méthode nouvelle et personnelle.

Nous sommes partis de l'action thérapeutique véritablement efficace de l'acide salicylique sur les cors et autres productions épidermiques.

Ce traitement, que nous avons employé chez une femme présentant une vulve littéralement couverte de végétations, nous a permis de guérir rapidement cette malade.

Les avantages de cette méthode sont :

1° Suppression de l'excision qui, parfois, n'est pas acceptée par les malades, qui préfèrent garder une légère infirmité et n'avoir pas recours à l'excision. Celle-ci est, du reste, fréquemment suivie de récidive;

2° Suppression de la douleur ;

3° Guérison rapide, sans danger d'infection ;

4° Absence de cicatrice, ce qui ne s'obtient pas toujours par l'excision et rarement après les cautérisations répétées et à action lente de l'acide chromique, employé en pareil cas.

Voici exactement comment nous formulons ce traitement :

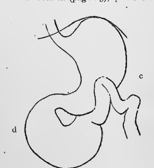
| | |
|---|---|
| Collodion élastique. . . . . . | 5 grammes. |
| Acide salicylique de . . . . | 2 gr. à 2 gr. 50. |

Appliquer quelques gouttes de cette solution sur huit ou dix papillomes dans une même séance. Dès le lendemain, recommencer sur huit ou dix autres et cautériser encore les premiers.

Continuer le traitement jusqu'à disparition complète.

**9. — Thèse inaugurale ayant obtenu un prix** (concours 1896). **Etude critique et expérimentale sur la gastro-entérostomie et en particulier sur la gastro-entérostomie par sphacèle.**

Dans la première partie de notre travail, nous avons longuement exposé et discuté les différents procédés de gastro-entérostomie habituellement employés ou ayant joui d'une certaine faveur. Nous attirons particulièrement l'attention sur une observation (page 23), qui nous montre une




*d)* Duodénum dilaté. *c)* Coudure au niveau de l'anamostose.

fois de plus que, quel que soit le procédé employé, l'extrémité inférieure de l'anse jéjunale anastomosée doit être dirigée à droite pour assurer le libre écoulement du contenu stomacal. Si non, le liquide peut, dans certains cas, se précipiter de gauche à droite vers le duodénum et distendre ce dernier sans qu'une seule goutte chemine en sens inverse vers le jéjunum. *(Voir figure précédente.)*

La seconde partie de notre travail comprend nos expériences personnelles, expériences faites soit dans le laboratoire de médecine expérimentale de la Faculté, soit dans l'amphithéâtre de notre Maître, M. le professeur Demons.

Nous nous sommes attaché, dans nos observations, à relater les moindres faits. C'est là, croyons-nous, la seule méthode véritablement scientifique; un détail noté peut donner ultérieurement l'explication d'une série de phénomènes. On remarquera que nous avons minutieusement conduit nos expériences en les suivant jour par jour, et l'on se rendra compte des nombreuses difficultés que doit surmonter l'expérimentateur, et qui parfois sont indépendantes de l'opération pratiquée, mais néanmoins peuvent en compromettre les résultats.

La gastro-entérostomie par sphacèle est à l'ordre du jour ; elle est séduisante, car une gastro-entérostomie pratiquée sans ouverture des parois intestinales et stomacales met à l'abri de l'infection. Nous ne pouvons énumérer ici toutes les objections que l'on peut opposer aux différents procédés de gastro-entérostomie par sphacèle, nous les avons longuement exposées dans notre thèse. Occupons-nous seulement du procédé de Postnikow (1) qui consiste en ceci :

*Excision sur la paroi stomacale d'un fragment ovalaire ne comprenant que la séreuse et la musculeuse ; procéder de même sur l'intestin.*

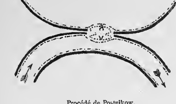
*Ligature à la soie du fragment de muqueuse gastrique*

(1) Postnikow *Centralblatt, 10 décembre 1892, n° 49.*

*qui fait hernie à travers l'ouverture séro-musculaire ; de même pour la muqueuse intestinale.*

*Deux rangées circulaires de sutures séro-séreuses.*

Postnikow a réussi dix-sept fois sur dix-sept opéra-



Procédé de Postnikow.



Ici la communication est déjà établie. On voit les deux bourrelets muqueux après leur chute.

tions ; il n'y a donc pas d'hésitation à avoir ; sa méthode possède les avantages de celle de M. Souligou et n'en a pas les inconvénients. Mais l'auteur de l'article paru dans le *Centralblatt* du 10 décembre 1892 a une série d'opérations singulièrement heureuses.

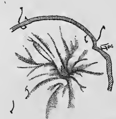
Nous avons refait ses expériences et nous avons obtenu des résultats diamétralement opposés.

Après chaque observation, nous consacrons quelques lignes à mettre en relief les faits importants constatés.

Nos expériences I et II nous montrent que, dix-sept et

treize jours après l'opération, les orifices circonscrits par le sphacèle ont été trouvés oblitérés.

Nos expériences successives nous ont permis de saisir la marche suivie par le processus réparateur. Il n'y a pas eu sphacèle d'une surface circulaire au niveau des parois de l'estomac et de l'intestin, puis rétractation fibreuse. S'il en avait été ainsi, il suffirait de circonscrire un anneau plus grand pour avoir un résultat positif ; mais les choses ne se passent pas de cette façon. En plaçant une ligature sur un bourrelet de muqueuse, on plisse les parois ; on les applique fortement les unes contre les autres.



Muqueuse gastrique ou intestinale vue du côté des cavités de l'estomac et de l'intestin. — *P* Point où a porté la ligature à la soie.

Les bourgeons charnus qui se trouvent sur la limite de la partie sphacélée sont ainsi serrés les uns contre les autres, car il y a toujours des brides qui tiennent un peu plus ou un peu moins longtemps ; ces bourgeons s'accolent et ferment l'orifice. Or, quelle que soit l'étendue circonscrite par la ligature, les choses se passent de la même façon ; cela tient non pas au plus ou moins de muqueuse comprise dans la ligature, mais au procédé lui-même, à ce mode de ligature qui maintient les tissus avivés, juste au point où devrait s'établir l'orifice gastro-jéjunal.

Chez l'homme, la difficulté est accrue, car on ne peut

séparer la séreuse et la musculeuse de la muqueuse. Sans doute, il aurait mieux valu pouvoir affirmer la supériorité d'une méthode qui met à l'abri de l'infection. Mais peut-être sera-t-il utile d'éviter à de malheureux malades de servir de sujets d'expérience à des chirurgiens trop prompts à accueillir sans réserve les résultats de Postnikow.

## Conclusions·

1° Les procédés de gastro-entérostomie par sphacèle n'offrent pas une garantie suffisante. L'emploi en est aléatoire ;

2° Celui de Postnikow, qui, parmi ces procédés, semblerait offrir le plus de chance de succès, est incertain ;

3° Les assertions de cet auteur, après expériences faites dans le laboratoire du professeur Fogt (de Moscou), sont exagérées ;

4° Nos expériences personnelles nous ont démontré que cette opération pouvait être suivie d'une fermeture secondaire des orifices stomacal et intestinal, sur lesquels compte le chirurgien ;

5° Quelle que soit la méthode employée, l'extrémité inférieure de l'anse jéjunale anastomosée doit être dirigée à droite, pour assurer le libre écoulement du contenu stomacal.

**Dans une série de mémoires ou d'articles, nous nous sommes attaché à étudier quelques points encore peu connus concernant :**

a) *Les accidents consécutifs à la cure radicale ou à la kélotomie.*
b) *Les hernies de l'ovaire chez la petite fille.*
c) *Les kystes développés au niveau du canal vagino-péritonéal.*
d) *La cure radicale de l'hydrocèle congénitale.*

Il nous a paru plus utile et profitable de concentrer nos recherches sur l'étude d'affections appartenant à une même région et ayant par conséquent entre elles plus d'un point de contact. Nous avons, bien entendu, cherché à étudier quelques points particuliers encore peu connus, ainsi qu'on le verra du reste par les titres des publications suivantes :

**10. — Epiploïtes tardives consécutives à la cure radicale ou à la kélotomie.** *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.* Paris, 16 mai 1897.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

. . . Le malade quitte l'hôpital complètement guéri et reprend son travail. Quelques jours après, parfois quelques mois, la fièvre apparaît ; des troubles gastro-intestinaux surviennent ; une tumeur plus ou moins volumineuse, occupant une situation variable en arrière des parois abdominales, peut être sentie. La fièvre augmente et indique la formation d'une collection purulente.

Ces accidents ont été signalés par le Dr Reynier au IXe Congrès de chirurgie.

Deux observations étaient ensuite apportées par M. Monod.

Dans sa thèse, le Dr Roche note trois observations du professeur Forgue, de Montpellier.

Enfin, nous avons donné une nouvelle observation et nous nous sommes attaché, dans notre mémoire (*Gaz. hebdomadaire*), à étudier la pathogénie de ces accidents en les rapprochant des suppurations tardives survenant dans les cicatrices, plusieurs mois après l'opération de la cure radicale, suppurations au centre desquelles on trouve un fil de soie non résorbable, cause évidente des accidents.

Pour les épiploïtes tardives, les ligatures au fil de soie non résorbable doivent encore être incriminées.

Mais nous concluons plutôt à une légère infection primitive qu'à une infection secondaire par point d'appel ; nous ne pouvons évidemment nous arrêter ici à cette discussion intéressante, exposée dans notre mémoire.

**11. — Hernie de l'ovaire, particulièrement chez la petite fille.** *Revue mensuelle des Maladies de l'enfance*, Paris, juin 1897.

Les hernies de l'enfance ont toutes été faites d'analogie avec les hernies de l'adulte. Dans nos auteurs classiques, on refuse aux enfants le droit d'avoir des epiplocèles. Récemment, au cours de nos différentes recherches sur les kystes du canal vagino-péritonéal, ayant eu l'occasion de colliger plus de mille cas de cure radicale chez l'enfant, nous avons relevé une centaine d'épiplocèles.

Ces hernies de l'enfance ne sont en effet bien connues que depuis quelques années, où le diagnostic a fréquemment la consécration de l'opération.

*Quant aux hernies de l'ovaire chez la petite fille, nous n'avons trouvé aucun travail d'ensemble sur ce sujet.*

Malgré des recherches minutieuses, nous n'avons pu en rassembler que onze cas publiés, et sur ces onze cas, quatre sont personnels, et recueillis à l'Hôpital Trousseau au cours d'opérations pratiquées par M. Broca, suppléant M. le professeur Lannelongue.

Dans notre mémoire, nous étudions les différents caractères de ces hernies, qui diffèrent chez la femme et chez la petite fille.

*J'attirerai l'attention sur notre observation V, où une tuberculose herniaire, masse de la grosseur d'une noisette, située au fond du sac herniaire, fut prise par erreur pour l'ovaire.* On devra donc désormais songer à cette cause d'erreur.

**12. — De l'hydrocèle congénitale. Cure radicale.** *Archives cliniques de Bordeaux*, juin 1897.

**13. — Kyste du cordon pris deux fois pour une hydrocèle vaginale, sac herniaire sus-jacent; cure radicale; guérison.** *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Paris, 18 juillet 1897.

**14. — Série d'arrêts de développement tous situés du côté droit.** (Malformation de l'oreille, de la main, du pied, et kyste du cordon.) *Revue d'orthopédie*, Paris, 1er septembre 1897.

Nous trouvons chez ce jeune malade un arrêt de développement au niveau du canal vagino-péritonéal, du côté droit. Du même côté, la main et le pied sont également le siège d'arrêts de développement.

L'ectrodactylie du pouce se lie habituellement à l'absence du radius, ainsi que l'ont démontré Davaine et Larcher.

Nous avons ici une disposition analogue, mais pour le cubitus. (*Il s'agit d'un fait qui, si toutefois il a été signalé, a été rarement constaté; malgré nos recherches, nous n'avons pas trouvé d'observation semblable.*)

Le médius, l'annulaire, l'auriculaire manquent; les os du carpe correspondant font défaut; le cubitus n'est pas absent sans doute, mais il est extrêmement atrophié. *(Voir planche V.)* (1).

Au niveau du pied *(Voir planche VI)* (2) on n'aperçoit

(1-2) *Revue d'orthopédie*, 1er septembre 1897.

pas de trace du premier cunéïforme, dont le point d'ossification doit cependant, d'après les données classiques, se montrer dans la première année ; or il s'agit d'un enfant de deux ans et demi. Depuis nos moyens d'investigation actuels, on sait que les données classiques sur la date d'origine des points d'ossification sont en train de subir chaque jour de nouveaux assauts.

Nous trouvons, à la place du troisième orteil, une phalange grêle et atrophiée correspondant bien à l'arrêt de développement décrit dans notre observation.

**15. — Kystes du canal vagino-péritonéal et kystes du canal de Nück** (Ouvrage in-8°), avec 127 observations presque toutes inédites et 92 figures représentant nos dissections. STEINHEIL, éditeur, Paris, 1898.

Les recherches que nous avons entreprises, disait Carron Massidou, dans sa thèse de 1884, nous ont fait voir que si les kystes du cordon étaient connus depuis longtemps, leur histoire n'avait point encore été faite dans un travail d'ensemble.

Le travail de Carron Massidou est basé sur trois faits observés à l'hôpital Cochin et sur un certain nombre d'observations recueillies çà et là dans la littérature médicale, en tout vingt-deux observations.

Sans doute il s'agit là d'un travail consciencieux, donnant bien la marche clinique, l'évolution de ces collections liquides ; mais un chapitre est complètement négligé, c'est celui de l'anatomie pathologique et par suite de la pathogénie. Et cela a été indépendant de la volonté de l'auteur.

Comment voir les différentes variétés de kystes, ceux qui appartiennent au canal vagino-péritonéal, ceux qui appartiennent aux débris du corps de Wolf ? Comment voir les rapports variables de ces kystes avec le sac herniaire sus-jacent, sac contenant ou non l'intestin, si l'on n'extirpe pas le kyste lui-même et si la ponction

suivie d'injection iodée est la base du traitement, ainsi que le préconise Carron Massidou ?

Aussi pouvons-nous dire que l'anatomie pathologique de ces kystes n'est pas mieux connue aujourd'hui qu'en 1884. Sans doute ces kystes sont signalés dans tous les traités de chirurgie ; mais leur anatomie pathologique, en particulier, est incomplète ; les auteurs se sont basés souvent sur ce qu'ils voyaient au niveau de la séreuse vaginale, pour induire ce qui devait se trouver plus haut, au niveau du cordon. Et cela se conçoit ; comment aurait-on fait pour étudier ces kystes, en les traitant par la ponction, et, si quelques rares extirpations étaient pratiquées, en s'abstenant systématiquement d'intervenir par l'extirpation dans les hôpitaux d'enfants, c'est-à-dire là où ces kystes sont les plus nombreux ?

*Mais depuis ces dernières années, les chirurgiens d'enfants nous ont appris quelle était la bénignité de la cure radicale chez les jeunes sujets ; nous avons pu bénéficier de ce mouvement chirurgical, et c'est grâce à lui qu'il nous a été possible de rassembler un grand nombre non seulement d'observations, mais de pièces.*

Nous nous sommes donc attaché à combler une lacune. Etudier, parmi les collections liquides du cordon, la seule variété appartenant au canal vagino-péritonéal, étudier les variétés de ces tumeurs, leurs formes, leurs rapports, les déductions chirurgicales qu'on doit en tirer, tel a été notre but. Pour mener à bien notre étude, nous nous sommes basé sur 127 observations, presque toutes inédites ; on trouvera dans notre ouvrage 92 figures représentant grandeur nature nos dissections.

Nous avons pensé, en effet, que la seule façon d'établir sérieusement l'anatomie pathologique de ces kystes était non seulement de la décrire dans une vue d'ensemble, mais de montrer au lecteur un grand nombre de pièces, ce qui contribuera largement à lui en faire connaître les différentes variétés.

Ramonède a examiné 215 sujets ; sur 183 il n'a trouvé rien de particulier, sur 32 il a trouvé des anomalies du canal vagino-péritonéal.

Nous rapportons les examens de 127 sujets, non seulement porteurs d'anomalies, d'arrêts de développement, mais de lésions pathologiques du canal vagino-péritonéal. Nous figurons 92 de nos dissections.

Concluons : Si Ramonède a étudié les anomalies, les arrêts de développement du canal vagino-péritonéal, nous avons étudié ce que devenaient ces anomalies, leurs transformations sous l'action d'une cause pathologique.

*Notre travail se résume en définitive à une véritable étude, aussi complète qu'il nous a été possible, de l'Anatomie Pathologique du canal vagino-péritonéal et aux déductions chirurgicales qui en découlent d'une façon médiate :*

*a*) Un certain nombre de tumeurs, dites hygromas préherniaires, trouvent leur explication dans l'existence d'un kyste du canal vagino-péritonéal, en arrière duquel serait descendu le sac herniaire habituellement sus-jacent.

Supposons exagérées, par suite de la pression croissante des viscères, les figures que nous avons données pages 43, 45, 50 et 203, figures 21, 22, 23, 25, 89, et nous aurons un hygroma préherniaire, en réalité un kyste du canal vagino-péritonéal, et en arrière de lui un sac herniaire, n'étant primitivement lui-même que la partie supérieure de ce même canal vagino-péritonéal.

*b*) Si vous érigez en méthode les injections de teinture d'iode, par exemple, comme le conseille Carron Massidou, comment obtiendrez-vous la guérison des kystes concentriques dont, comme nous l'avons établi, aucun signe ne nous révèlera l'existence ? La poche extérieure pourrait être influencée par le liquide injecté, mais le kyste intérieur concentrique restera toujours prêt à augmenter de volume et à produire une récidive (figures 15, 16, 17, 18, 41).

Enfin les diverticules, les tunnels, tantôt creusés dans les cloisons de séparation, tantôt dans les parois mêmes des kystes (fig. 16, 60, 88), sont autant de facteurs qui devront faire penser à la possibilité de la pénétration dans le péritoine du liquide injecté, et cela même avec des kystes qui cliniquement ont paru irréductibles ; l'examen des pièces ne laisse aucun doute à ce sujet.

*c*) Enfin, si par une injection intra-kystique on prétend tarir la collection séreuse, à coup sûr on ne saurait prétendre faire disparaître *le sac herniaire*, que nous avons trouvé d'une façon constante dans chacune de nos 127 observations.

Il s'agit là de sujets doublement atteints : ils portent un kyste apparent et un sac herniaire sus-jacent qui à l'examen clinique peut passer inaperçu ; mais ces sujets sont, si je puis m'exprimer ainsi, des « hernieux », la partie supérieure du chemin est frayée sous forme d'un sac herniaire ; guéris de leur kyste, on les reverra porteurs d'une hernie. Ce sac herniaire sus-jacent et constant n'a pas été suffisamment mis en lumière par nos classiques. C'est là un fait que nous nous sommes efforcé de mettre en évidence.

*d*) La connaissance des différentes variétés de ces kystes, leurs formes, leurs rapports entre eux et avec le sac herniaire sus-jacent doivent être constamment présents à l'esprit du chirurgien ; il était donc nécessaire de les lui montrer, et ce n'est que grâce à nos tendances chirurgicales actuelles, qu'il nous a été possible de rassembler un nombre suffisant de pièces pour mener à bien pareille étude.

Le chirurgien ne sera pas exposé ainsi à avoir quelques hésitations s'il tombe sur un sac séreux parallèle au sac herniaire, et situé devant ou derrière lui, sac virtuel ou réel, c'est-à-dire plein ou vide. Il lui sera plus aisé d'éviter la fausse manœuvre signalée dans une observation de Ragot (Thèse de Paris 1887) : « on vit flotter une membrane que l'on enleva, croyant faire l'énucléation du kyste ; mais c'était le sac que l'on venait d'inciser, une anse intestinale sortit. »

*e*) Enfin nous attirerons l'attention sur la technique opératoire facile et rapide que l'on trouvera décrite pages 132 et suivantes :

Incision de trois ou quatre centimètres au niveau de l'anneau externe, section de l'aponévrose. On passe l'index au-dessous du cordon, on l'attire par cette ouverture relativement petite. Le kyste vient sous la main du chirurgien, par une pression sur le scrotum entre le pouce et l'index gauche. On incise le crémaster, puis la fibreuse commune, et sous cette dernière on énuclée alors le kyste sans le rompre ; on « l'épluche » à la façon d'un sac herniaire. Le sac herniaire sus-jacent est traité comme dans une cure radicale.

### Conclusions :

I. — Les masses liquides, rencontrées le long du cordon spermatique et indépendantes du testicule et de l'épididyme, sont presque toutes des kystes du canal vagino-péritonéal.

II. — Cette affection mérite une description à part et ne doit pas continuer à être confondue, sous le nom de kystes du cordon, avec des affections que la clinique rencontre rarement, et dont quelques-unes ont une existence encore problématique.

III. — Les kystes du canal vagino-péritonéal sont constamment accompagnés d'un sac herniaire, contenant ou non les viscères, et affectant avec les parois du kyste des rapports variables, qui doivent être connus du chirurgien.

IV. — La présence de ce sac herniaire, contenant ou non l'intestin, mais étant tout au moins un véritable point d'appel pour une hernie ultérieure, est un fait de la plus grande importance, car il commande au traitement.

V. — La cure radicale supprime et le kyste du canal vagino-péritonéal et le sac herniaire sus-jacent.

VI. — Les kystes du canal de Nück, chez la femme, sont les homologues des kystes du canal vagino-péritonéal chez l'homme.

## Table des Matières de mon ouvrage

*Kystes du canal vagino-péritonéal et du canal de Nück*

---

**16. — Epithélioma de la verge ayant pour point de départ une petite ulcération et une végétation survenues huit jours après un coït.** *Journal de méd. de Bordeaux*, 1er août 1897.

**17. — Myélome ou tumeur fibro-tendineuse à myéloplaxes de la gaîne tendineuse de l'index gauche.** *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* Paris, 23 janvier 1898.



Figure 1. — Myélome de la gaîne tendineuse de l'index gauche.

En dehors du mémoire publié par M. A. Heurtaux (de Nantes) et de la thèse récente du Dr Bonjour, il n'existe aucun travail d'ensemble sur ce sujet.

Les observations sont encore peu nombreuses ; nous n'en avons trouvé que dix publiées, ce qui, avec l'observation que nous avons eu l'occasion de recueillir, porterait à onze les cas connus jusqu'à ce jour. Ces tumeurs encore peu connues méritent d'attirer l'attention, car, au point de vue clinique, il est de la plus haute importance de porter un diagnostic précis ; en effet, un pronostic essentiellement favorable peut dès lors être formulé ; aucune de ces tumeurs n'a récidivé après l'ablation.

On trouvera figurée ci-contre la tumeur avant et après l'ablation.

A notre demande M. Achard a bien voulu examiner la pièce; on trouve dans notre observation un examen histologique complet « d'un lobule pédiculé de la tumeur. »

Ces tumeurs sont en effet non pas homogènes, mais

formées d'un certain nombre de lobules du volume d'un petit pois, réunis les uns aux autres par une gangue grisâtre, ainsi que le représente la figure ci-dessous.

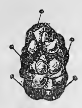


Figure 2. — Aspect de la tumeur après extirpation : on voit plusieurs grains du volume d'un pois reliés par une gangue grisâtre.

## Conclusions :

De l'examen des différentes observations publiées jusqu'ici et de celle que nous avons ajoutée à cette série trop peu nombreuse, il résulte que le diagnostic des myélomes des gaines tendineuses est parfois assez difficile.

Les différences de consistance qu'ils présentent pourront les faire confondre avec les kystes synoviaux.

En ce qui concerne notre observation, la palpation profonde faisait sentir de petits points durs au milieu de la masse fluctuante ; aussi avait-on pensé un instant à une synovite à grains riziformes.

On pourra confondre aussi ces tumeurs avec l'enchodrome ou avec certains fibromes ou lipomes.

On devra songer à la sensation révélée par la palpation profonde et produite par ces grains particuliers faisant corps avec la tumeur, et sur lesquels nous avons insisté dans notre observation.

Le diagnostic microscopique devra toujours être pratiqué ; il permettra de porter, dans l'affirmative, un pronostic

favorable, du moins d'après les observations publiées jusqu'à ce jour. On peut dire, en effet, que le myélome contient les éléments d'un sarcome malin, mais que cependant il est d'une bénignité qui paraît certaine.

Toutefois c'est le cas de répéter que les observations de myélomes des gaines tendineuses sont rares ; il faut donc encore attendre avant de proclamer leur bénignité absolue.

Aussi, tout en sachant que, d'après les documents acquis jusqu'ici, cette tumeur s'est comportée avec une bénignité remarquable, faut-il conseiller l'intervention et enlever avec le plus grand soin tout le néoplasme.

Rappelons-nous ces tumeurs essentiellement bénignes du sein, qui deviennent par la suite le point de départ de tumeurs essentiellement malignes et envahissantes !

**18. — Quelques recherches sur la gastro-entérostomie par sphacèle.** *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* Paris, 9 janvier 1898.

**19. — Ligatures non résorbables et ligatures résorbables.** Procédé pratique pour conserver le catgut stérilisé à 120° indéfiniment et rigoureusement aseptique. *Bulletin Médical*, Paris, 20 février 1898.

Nous rappelons d'abord les accidents produits par la soie dans les cures radicales.

Accidents tardifs au niveau des sutures. Sur 100 cas de cure radicale, Delorme (1) note vingt et une fois des accidents.

M. W. Coley (*New-York Médical journal)* donne seize observations, où des fils non résorbables ont causé des accidents.

(1) Delorme, *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, mai 1895.

Ayant soigneusement colligé plus de mille cas de cure radicale, nous avons constaté environ une centaine d'accidents produits par les fils de soie. Accidents bénins sans doute, car aucun n'a entraîné de complications graves; néanmoins, il est désagréable de voir un malade revenir après trois ou quatre mois, parfois même sept ou huit, avec un abcès au niveau de la cicatrice. On ouvre la collection purulente et, au centre du foyer, on trouve le fil de soie, plus ou moins mobilisé, cause évidente des accidents. Depuis le 1er février 1897 on n'emploie plus à l'hôpital Trousseau que le catgut stérilisé à 120° par les vapeurs d'alcool sous pression. Les cures radicales de hernie y sont journalières ; nous n'avons pu retrouver, malgré nos recherches, un seul accident produit par les fils. Notons qu'antérieurement les soies employées étaient également stérilisées à 120°. Il y a donc là une relation de cause à effet. Avec l'emploi du catgut, stérilisé à l'autoclave bien entendu, les accidents disparaissent totalement.

*On a sans doute beaucoup écrit au sujet des ligatures résorbables et des ligatures non résorbables. Néanmoins, cette importante question méritait d'être reprise depuis la stérilisation du catgut par les vapeurs d'alcool à 120°.* Tout récemment encore, la soie stérilisée à l'autoclave pouvait être préférée au catgut phéniqué par exemple, livré dans des conditions déplorables d'asepsie.

Brunner, examinant plusieurs centaines de flacons de catgut vendus dans le commerce comme aseptiques, n'a-t-il pas constaté que la plupart cultivaient?

Mais aujourd'hui les choses sont changées avec la stérilisation du catgut par l'alcool, ainsi que l'a indiqué Répin.

Nous essayons d'établir la pathogénie des accidents observés avec la soie même stérilisée à l'autoclave.

Nous passons ensuite rapidement en revue les différents procédés de stérilisatiou du catgut.

Nous établissons alors que si la stérilisation du catgut est facile dans un hôpital, il serait au moins désirable d'avoir un moyen rapide, peu coûteux, permettant de conserver le catgut indéfiniment et rigoureusement aseptique dans toute officine de ville ou de campagne à la disposition du praticien. C'est à réaliser ce dernier point que nous nous sommes attaché dans nos différentes expériences.

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

En somme, nous trouvons partout la même préoccupation, celle d'éviter la rupture du récipient contenant les vapeurs d'alcool. Cette préoccupation est en partie justifiable, mais elle a atteint un degré tel qu'on est allé chercher bien loin ce qui était tout près de nous. Pourquoi ces appareils coûteux, ces manipulations secondaires, puisqu'un simple tube de verre fermé à la lampe suffit pour mener à bien la stérilisation par les vapeurs d'alcool sous pression ? Pourquoi, dans la plupart des laboratoires, s'est-on évertué à compliquer cette stérilisation du catgut par les vapeurs d'alcool ? C'est que le procédé de stérilisation à l'aide d'un simple tube de verre fermé à la lampe, bien qu'implicitement contenu dans l'article de M. Répin, y est insuffisamment indiqué ; c'est surtout que des expériences à l'appui ne viennent pas en donner la technique précise et en démontrer les résultats. Aussi les expérimentateurs, peu soucieux d'essayer la solidité d'un simple tube de verre, se sont-ils tous attachés à la seconde méthode si bien décrite par M. Répin et consistant dans l'emploi de deux autoclaves concentriques.

Suivent nos différentes expériences, et une description minutieuse de la technique que nous avons employée.



Fig. 1. — Tube de verre contenant une bobine de catgut et de l'alcool anhydre ; façon de tenir le tube pour le sceller par la flamme d'un bec Bunsen.



Fig. 2. — Les tubes scellés sont prêts à être portés à l'autoclave.

*La pression de la vapeur d'eau contenue dans l'autoclave, augmentée de la force de résistance des parois du tube, suffit à faire équilibre à la force expansive, cependant considérable, des vapeurs d'alcool portées à 120°, et à éviter par suite la rupture du tube de verre.*

Nous concluons :

Par le procédé que nous venons d'exposer on obtient donc un fil à ligature, souple et fort, qui disparaîtra quand son action sera épuisée et qui en outre présente l'avantage précieux de pouvoir être conservé indéfiniment et rigoureusement aseptique, dans toute officine de ville ou de campagne, à la disposition du praticien (1).

**20. — De l'utilité du diagnostic radiographique dans certains cas d'exostoses juxta-épiphysaires.** *Tribune médicale*, 23 février 1898.

---

(1) Un trait à la lime suffit pour obtenir l'ouverture régulière du tube, même avec un faible effort.

**21. — Arrêts de développement au niveau de la main. Amputation spontanée et progressive du pouce et de l'auriculaire déjà atrophiés.** (Anatomie pathologique du squelette étudiée par la radiographie). *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.* Paris, 31 mars 1898.

L'atrophie des os du carpe est évidente. Le scaphoïde seul est bien développé ; le grand os, l'os crochu, le pyramidal sont atrophiés ; le semilunaire est représenté sur le cliché par un point à peine marqué. Le trapèze et le trapézoïde ne sont pas visibles, ce qui ne doit pas surprendre puisque leurs points d'ossification n'apparaissent que de la quatrième à la cinquième année ; quant au pisiforme il ne s'ossifie que de la dixième à la seizième année. Il est important de remarquer que le scaphoïde, le radius et le cubitus sont normalement développés. L'arrêt de développement semble n'avoir porté que sur les doigts, le métacarpe tout entier, et certains os du carpe, le grand os, l'os crochu, le pyramidal et le semilunaire.

*Or on sait que l'ectrodactylie du pouce se lie habituellement à l'absence du radius*, ainsi que l'ont signalé Davaine et Larcher ; toutefois il y a des exceptions (Ehrhardt) (1). *Nous avons montré nous-même, dans une observation publiée, avec planche à l'appui, dans la* Revue d'orthopédie (2), *que l'arrêt de développement de la partie cubitale de la main était lié parfois, sinon à une disparition totale du cubitus*, du moins à un arrêt de *développement très marqué de cet os.*

*Nous tenons à faire remarquer que, dans le cas que nous venons de décrire, l'arrêt de développement qui a*

(1) Ehrhardt. Etude sur l'ectromélie du pouce et du premier métacarpien. *Revue d'orthopédie*, 1er mai 1890, n° 3, p 205.

(2) Mencière. Série d'arrêts de développement tous situés du côté droit. (Malformation de l'oreille, de la main, du pied et kyste du cordon) (*Revue d'orthopédie*, 1er septembre 1897, n° 5, p. 352).

*porté sur le bord cubital et radial de la main, c'est-à-dire sur la totalité de la main, avec disparition (incomplète, il est vrai) du pouce et de l'auriculaire, n'a cependant déterminé aucun trouble du côté des os de l'avant-bras.*

**22. — Pseudarthrose congénitale de l'extrémité inférieure de la jambe gauche.** (Anatomie pathologique des extrémités osseuses étudiée par la radiographie.) *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, Paris, 10 mars 1898.

Si nous en croyons nos recherches, la pseudarthrose congénitate est extrêmement rare. Nulle mention n'en est faite dans nos auteurs classiques.

Nous n'insisterons pas sur les motifs qui nous ont fait porter le diagnostic de pseudarthrose congénitale, nous les avons longuement exposés et discutés dans notre article. Ajoutons que ce diagnostic a été confirmé par M. A. Broca qui a eu l'occasion de voir la malade à la consultation orthopédique de l'Hôtel Dieu.

Nous avons pensé qu'avant de décider une opération, il était raisonnable d'explorer le squelette par la radiographie. Cet examen nous a amené à conclure à la non intervention et au port d'un appareil de soutien.

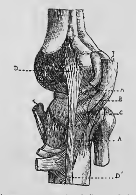
Nous avions en effet affaire à ces pseudarthroses dites flottantes, à extrémités osseuses grêles, atrophiées, et se terminant en pointe, pseudarthroses où le tissu osseux dégénéré est incapable de toute réparation.



Pseudarthrose congénitale de la jambe gauche ; squelette étudié par la radiographie ; extrémités osseuses grêles, atrophiées ; pseudarthrose flottante.

**23. — Entorse du genou par contraction du demi-membraneux et arrachement du ligament latéral interne ou de ses fibres accessoires.** *Revue d'Orthopédie*, Paris, 1er mars 1898.

Nous trouvons signalé dans la thèse de Jagu un mécanisme spécial de l'entorse du genou par contraction musculaire, et en particulier par contraction du demi-membraneux. M. Ch. Nélaton, dans son article du *Traité de chirurgie*, sans contester formellement ce mécanisme, dit que Jagu (1) a avancé une opinion sans en fournir de preuve.




AA. Fibres ligamenteuses accessoires du ligament latéral interne.
B. Partie antérieure du tendon du demi-membraneux.
DD' Insertions supérieure et inférieure du ligament interne.

Bien que nous admettions le mécanisme invoqué par Jagu, mécanisme suivant lequel se produisent par contraction musculaire les entorses du ligament latéral interne,

(1) JAGU, Thèse de Paris 1885.

nous devons cependant faire remarquer que lorsqu'un malade porte un fardeau de 90 kilog. et fait un faux pas, lorsqu'un homme descend un escalier « plusieurs marches à la fois », ou montant un escalier manque une marche, que lorsqu'un cocher descendant d'un omnibus se trouve violemment jeté de côté, il y a là des motifs suffisants, sans avoir besoin d'invoquer la contraction musculaire, pour que le genou ait le droit d'avoir ses ligaments tiraillés, et même pour que le ligament latéral interne cède. De plus, dans ces différents cas, le sujet est trop chargé, ou fait des mouvements trop étendus, à notre avis, pour qu'on puisse déterminer exactement la position prise par le membre inférieur lors du traumatisme. Il peut très bien y avoir eu flexion de la jambe en dehors, et alors naturellement, sous l'influence d'un poids de 90 kilog., d'un mouvement brusque, déchirure du ligament latéral interne par le mécanisme ordinaire des entorses du genou.

Mais pour que le mécanisme de la contraction musculaire soit nettement mis en évidence, il faut qu'il ne soit lié à aucun mouvement secondaire plus ou moins violent et pouvant lui-même être cause de l'entorse.

Nous croyons avoir trouvé ces conditions chez une femme de soixante-treize ans que nous avons eu l'occasion d'examiner.

Cette observation a pour nous la valeur d'une expérience, étant donnée la précision avec laquelle nous avons pu noter les circonstances qui ont présidé à la formation de l'entorse.

Ainsi donc, l'arrachement du ligament latéral interne, ou de ses fibres accessoires, par le faisceau antérieur du tendon du demi-membraneux, nous paraît nettement établi.

On remarquera (voir figure) la disposition qu'affecte ce faisceau antérieur B du demi-membraneux ; il passe au-dessous du ligament latéral interne et de ses fibres accessoires

avant d'aller s'insérer sur le tibia. Quand le muscle se contracte, le faisceau antérieur B tend à sortir de sa gouttière et à écarter les ligaments D D', AA'.

---

Imprimerie Jean Gainche, 15, rue de Verneuil, Paris